FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1039

ANNÉE 1966 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Christian MARCOWITH

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 3 Février 1940, à Nantes (Loire-Atlantique)

Présentée et soutenue publiquement le 196 6

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES SARCOMES DU PANCREAS

Président : M. LEMAIRE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1966

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Christian MARCOWITH

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 3 Février 1940, à Nantes (Loire-Atlantique)

Présentée et soutenue publiquement le 196

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES SARCOMES DU PANCREAS

Président : M. LEMAIRE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1966

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie et cytologie path.	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Bactériologie et virologie	Tournier (P.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
	Polonovski (J.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Denoix (P.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Coury (Ch.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
	Kuss (R.)
	Verne (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
	Péquignot (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	N...
Pharmacologie	Cheymol (J.)
	Levy (Mlle J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Nezeloff (Ch.)
Bactériologie	Barbier (P.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Histologie	Coujard (R.)
Parasitologie	Larivière (M.)
Pathologie expérimentale	Loeper (J.)
	Richet (G.)
Physiologie	Dejours (P.)
	Scherrer (J.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
	Roucayrol (J.-Cl.)
	Tubiana (M.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

UNIV. LEIDEN BIBL.

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Cliniques :	
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— cardiol. (Boucicaut)	Lenègre (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :*	Lortat-Jacob (J.-L.) - *Beaujon :* N... - *Cochin :* Leger (L.) - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.) - *Saint-Antoine :* Gosset (J.) - *Salpêtrière :* Sicard (A.) - *Tenon :* Olivier (Cl.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch)	Padovani (P.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— dermatol. (Saint-Louis)	Duperrat (F.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Bernard (J.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)
— médicales : *Bicêtre :*	Deparis (M.) - *Broussais :* Milliez (P.) - *Cochin :* Brouet (G.) - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) - *Laribosière :* Sèze (S. de) *Pitié :* Dreyfus (G.) - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.) - *Saint-Antoine :* Boudin (G.).
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	Debray (Ch.)
— médecine infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)

	MM.
Cliniques :	
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladie de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié)	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :*	Lacomme (M.) - *Saint-Antoine :* Merger (R.).
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Offret (G.)
— ophtalmolog. (Cochin)	Bregeat (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Laribosière)	Aubry (M.)
— pédiatrie	Mozziconacci (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	Thieffry (S.)
— pneumo-phtisiologie (Laënnec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière)	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— traumat. et orthopédique (R.-Poincaré)	Judet (R.)
— urologique (Cochin)	Aboulker (P.)
— urologique (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	Laplane (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	Domart (A.)
— (Laribosière)	Bouvrain (Y.)
— (Pitié)	Rambert (P.)
— (Rothschild)	Wolfromm (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	Poilleux (F.)

b) Professeurs a titre personnel :

Hématologie	André (R.)
	Bousser (J.)
Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses	Bastin (R.)
Médecine : Azerad (E.); Bour (H.); Grossiord (A.); Lambling (A.); Launay (Cl.); Payet (M.); Perrault (M.); Siguier (F.); Worms (R.).	
Neuro-chirurgie	Le Beau (J.)
Neurologie	Lhermitte (F.)
Neuro-psychiatrie	Pichot (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	Maduro (R.)
Pédiatrie	Polonovski (Cl.)
	Royer (P.)
Pneumo-Phtisiologie	Kreis (B.)
	Meyer (A.)
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	Cabrol (Ch.)
Anatomie pathologique	Gouygou (Ch.)
Anesthésiologie	Vourc'h (G.)
Bactériologie	Christol (D.)
Biochimie médicale	Cartier (P.)
	Gonnard (P.)
Biologie médicale	Hartmann (L.)
Hématologie	Bilski-Pasquier (G.)
Maladies infectieuses	Dupont (V.)
Physique médicale	Coursaget (J.)
	Gremy (F.)
Physiologie	Girard (Fr.)
Stomatologie	Chaput (Mme A.)
Thérapeutique	Chassagne (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. Haduroy (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : Rudler (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique .. .. Schwartz (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. Lena (J.).
Conseillers administratifs : Mlle Chaintreuil (G.), M. Faye (R.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur Hahn (A.).

Conservateurs : Mlles Dumaitre (P.), Laurent (H.), Le Noir (G.).

Bibliothécaires : Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlles Durozoy (M.-F.), Roberge (D.), Docteur Schiller (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

qui n'a cessé de me prodiguer aide et affection, en témoignage de ma gratitude infinie.

A MON PERE

A MES SOEURS BIEN AIMEES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

avec toute mon affection.

A Madame et Monsieur le Professeur Agrégé Jean PAUPE,

en témoignage de ma reconnaissance pour le soutien qu'ils m'ont accordé dans les moments difficiles.

A MA MÈRE

qui m'a cessé de me prodiguer aide et
affection, en témoignage de ma gratitude
infinie.

A MON PÈRE

A MES SŒURS BIEN AIMÉES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

avec toute mon affection.

A Madame et Monsieur le Professeur Agrégé Jean FAURÉ,

en témoignage de ma reconnaissance pour
le soutien qu'ils m'ont accordé dans les
moments difficiles.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAIRE

Professeur de la Chaire Médicale Thérapeutique

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu me faire l'honneur
de présider cette thèse,
en témoignage de ma reconnaissance et
de mon respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR REMAIN

Professeur de la Chaire Médicale Thérapeutique

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

.

qui a bien voulu me faire l'honneur

de présider cette thèse,

en témoignage de ma reconnaissance et

de mon respect.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR Jean SALLET

Médecin de l'Hôpital Tenon

Chef du Service de Gastro-Entérologie

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a dispensé son enseignement avec tant de bienveillance.

En témoignage de mon admiration, de ma gratitude et de ma respectueuse affection.

A MON MAÎTRE

MONSEIGNEUR [illegible] Jean SAULNIER

Mé[illegible]

Chef du Service [illegible] Bureau-Bruxelles

[illegible]

[illegible]

[illegible]

A MES MAITRES D'EXTERNAT,

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERLE D'AUBIGNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

MONSIEUR LE DOCTEUR LESOBRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PARAF

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURDON

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBOT Guy

MONSIEUR LE DOCTEUR SALLET

En témoignage de ma gratitude.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES SARCOMES DU PANCREAS (1)

Dans le service du Docteur J. SALLET (Hôpital TENON), il nous a été donné d'observer un cas de fibrosarcome du pancréas. Il s'agissait, histologiquement d'une forme typique à cellules fusiformes.

Ce fait, joint à la rareté de cette lésion pancréatique, a incité notre Maître à nous confier cette observation pour en faire le sujet de notre thèse.

Ce cas sera l'occasion de confronter ses aspects cliniques et anatomiques avec les données que nous fournit la littérature.

Nous reprendrons notamment plus en détail 6 observations, qui n'ont pas été rassemblées depuis les travaux de SORS et BOCQUET en 1954.

---

(1) Sarcome du pancréas, abréviation : S.D.P.

(1) [illegible] abréviation : C.S.D.

I - HISTORIQUE

En 1868, PAULICKI parle pour la première fois de sarcome primitif du pancréas, mais l'absence de preuve histologique ne permet pas une telle affirmation.

Il faut attendre 1880 avec BARTLEY et 1886 avec WITZEL, pour avoir les premières observations valables.

Rappelons que le premier cas de tumeur du pancréas opéré, en 1882, par TRENDELENBURG, était un sarcome du pancréas de 2,5 Kg.

En 1899, OPER compte 12 cas de sarcome du pancréas; en 1902, KAKELS en compte 21; en 1921, GROSS et GULSCHE 31; en 1925, MARXER distingue les sarcomes à cellules fusiformes des sarcomes à cellules rondes. Cet auteur ne retient que 2 vrais cas de Lymphosarcome du pancréas. En effet, pour lui, le lymphosarcome primitif du pancréas fait difficilement sa preuve et la majorité des observations publiées sont des localisations de la lymphosarcomatose diffuse, de syndrome leucémique ou de lymphogranulomatose maligne.

En 1931, la première publication française importante, celle de OBERLING et GUERIN, reconnaît 50 cas publiés de sarcomes du pancréas (S.D.P.) (1). Elle sera suivie par celle de MONDOR, GAUTHIER- VILLARS et SICARD, en 1933, qui rejettent du cadre des sarcomes du pancréas les lymphosarcomes. Ces auteurs mettent en doute le caractère primitif de cette forme et ne retiennent que les sarcomes à cellules fusiformes.

---

(1) S.D.P. abréviation de sarcome du pancréas.

I - HISTORIQUE

En 1935, OESTERLIN et BLUMENTHAL passent au crible la littérature et retiennent seulement 12 cas de S.D.P.. Pour eux, le sarcome à cellules fusiformes est le seul type exempt de critique. Ils peuvent prouver que beaucoup d'observations publiées comme S.D.P. n'étaient pas exactes et qu'il s'agissait plutôt de lymphosarcomes, de tumeurs métastatiques ou simplement de processus inflammatoires.

Entre 1931 et 1952, aux 50 cas de OBERLING et GUERIN, SORS et BOCQUET rajoutent 21 cas mais n'étudient que les 13 cas à cellules fusiformes.

Entre 1952 et 1966, nous n'avons trouvé que 6 nouveaux S.D.P. publiés.

Nous les exposerons à la suite de notre observation personnelle que nous allons maintenant relater.

II - OBSERVATION PERSONNELLE

Elle concerne Monsieur F..., âgé de 44 ans. Le malade entre dans le service le 16 Janvier 1963.

- Sans antécédent pathologique, le malade était en France depuis 10 ans où il travaillait comme soudeur.

- Depuis 1 mois, le malade se plaignait de douleurs abdominales de l'hypocondre gauche, durant toute la journée avec paroxysmes l'après-midi et le soir. Accompagnant cette douleur, quelques vomissements, troubles du transit discrets (le malade dit avoir eu un meloena) et surtout une augmentation du volume de l'abdomen.

- Par ailleurs, l'état général est très altéré. L'amaigrissement paraît très important mais n'a pas été chiffré, le faciès est très creusé et tout le corps paraît décharné, ce qui contraste avec l'augmentation du volume de l'abdomen.

- L'examen clinique met en évidence :

Une masse abdominale visible à jour frisant prédominant dans l'hypocondre gauche mais débordant largement vers l'épigastre, atteignant l'hypocondre droit et la fosse iliaque gauche.

Cette masse est ferme, rénittente, élastique, n'adhère pas à la paroi antérieure qui est mobilisable sur la tumeur.
Elle est légèrement douloureuse, en particulier à gauche.
Elle ne donne pas le contact lombaire, n'est pas mobile avec la respiration, est indépendante du foie et de la rate. L'auscultation de l'abdomen montre l'absence de souffle.

Le reste de l'examen est normal : poumons normaux, les aires ganglionnaires sont libres, le toucher rectal est normal.

- Les examens complémentaires ont précisé l'impression clinique :

L'examen hématologique (16.1.63) donne une anémie à 1.760.000 associée à une hyperleucocytose.

La vitesse de sédimentation (25.1.63) est à 20 mm à la 1ère heure - 41 mm à la 2ème heure et 102 mm à la 3ème heure.

La radio de l'abdomen sans préparation (16.1.63) montre le cadre colique complètement distendu, surélevé par la masse opaque visible. L'angle gauche est surélevé, l'ensemble fait penser à une masse d'origine pancréatique.

Une radiographie gastro-duodénale (22.1.63) montre un élargissement important du cadre duodénal, l'estomac est refoulé vers le haut, l'angle duodéno-jéjunal se projette à la hauteur de la costiforme de L4. Sur le cliché de profil D II semble refoulé en arrière. Il n'y a pas de calcifications pancréatiques visibles.

Les tomographies duodénales confirment l'examen précédent en montrant que la masse a un contour externe régulier.

Le lavement baryté (17.1.63) montrait le cadre colique ascensionné.

Enfin terminant le cerclage radiologique de la masse, l'urographie intra-veineuse (22.1.63) montrait un rein gauche non augmenté de volume mais une légère dilatation des cavités pyélo-calicielles et de la partie initiale de l'uretère avec aspect de refoulement en dehors et de compression extrinsèque de ce dernier à la hauteur

de la costiforme de L3. Il existe d'ailleurs à ce niveau une opacité à contour externe, arrondie, située au dessous du pôle inférieur du rein.

Enfin retard très important de l'évacuation : il persiste une faible opacification des cavités pyélocalicielles sur les tomographies qui ont été faites 2 heures après I.V.

Le Rétro-pneumo-péritoine n'a pas été pratiqué étant donné l'état du malade.

Le bilan biologique objectivait :

- urée à 0,35 g °/°°
- glycémie 1,20 g °/°°
- hématocrite 34 %
- amylasémie 72 unités Somogyi
- phosphatases alcalines 1,2 U. Bodansky
- taux de prothrombine 87 %
- cholestérol total 1,95 g °/°°
- protides totaux 53 g/l
- sérum albumine 31,5 g/l
- sérum globuline 21,5 g/l
- rapport $\frac{A}{G}$ 1,46
- bilirubine 13 mg/l
- thymol 4 U.V.
- Kunkel Zinc 22 U.V.
- Burnstein 50 U.V.
- Ionogramme sanguin :
  - Sodium 141 meq/l
  - Potassium 5 meq/l
  - Chlore 107 meq/l
  - R.A. 66 vol.%

Cet ensemble de signes était en faveur d'une tumeur pancréatique primitive. De quelle nature était cette tumeur ? Il était difficile de le dire. Les chirurgiens (Dr. RETTORI) pensaient à un kyste du pancréas.

- L'intervention exploratrice est pratiquée le 12 Février 1963 (Pr. OLIVIER).

Compte-rendu opératoire :

- Médiane sus ombilicale.

- Il existe une masse du volume d'une tête d'adulte à contour bosselé de consistance rénittente à développement sous-mésocolique. Le duodénum l'entoure, l'angle duodéno-jéjunal abaissé se trouve au pôle inférieur de la masse. L'artère mésentérique supérieure est sur son bord droit. De nombreux vaisseaux très dilatés parcourent le péritoine tout autour.

Ponction négative mais issue de débris très mous. En outre sur le lobe gauche du foie, lésion arrondie comme un oeuf au plat de couleur légèrement brune. A la partie postérieure du lobe gauche, on croit sentir une masse analogue, mais il semble s'agir du pôle supérieur du rein.

L'examen du reste de l'abdomen n'apporte aucun élément nouveau.

Fermeture pariétale sans aucun geste palliatif.

- Au cours de l'intervention ont été pratiquées une biopsie hépatique et une ponction de la tumeur pancréatique.

- Le 12 février 1962

(Dr. CHEVIER).

Tumeur-vérité :

- Médiane, non pédiculée.

- Il existe une masse du volume d'une tête d'adulte ' occupant presque la cavité péritonéale mentionnée à élevé, paroi abdominale. Le mouvement l'entoure, l'englobe dans la masse. Il paraît reposer en fait sur le bord droit de la masse. Il paraît adhérent au côlon droit et au bord droit. De nombreux vaisseaux très dilatés parcourent la surface tout autour.

Incision médiane : mais insuffisante très vite. On ouvre le ventre sur le côté droit. Le côlon droit est en effet en plein dans la tumeur. Il semble s'agir en réalité d'une énorme tumeur hépatique. A la partie postérieure du lobe droit, on voit nettement une masse ovalaire. Mais il semble s'agir en réalité d'une tumeur pédiculée sans aucun foyer pelliculé.

L'examen du reste de l'abdomen n'apporte aucun élément nouveau.

Hémostase parfaite sans aucun foyer pelliculé.

- Le coeur de l'intervention est étudié, envisagée une hépatectomie et une pourvoyeur de la tumeur cancéreuse.

1) La Biopsie hépatique : comporte deux fragments.

- l'un est normal
- l'autre est fait d'une prolifération tumorale d'architecture fasciculée : trousseaux de fines cellules souvent allongées, à noyaux ovulaires. Les limites cellulaires sont souvent nettes. Les noyaux sont dans l'ensemble réguliers, sans grosses monstruosités. Certaines cellules ont un cytoplasme vacuolaire.

Il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes, sans différenciation, du type fibrosarcome.

2) La Ponction de la tumeur pancréatique :

trouve un certain nombre de cellules à noyaux ovalaires avec un cytoplasme peu abondant. Un certain nombre de ces cellules contient des vacuoles dans leur cytoplasme.

Cet aspect cellulaire correspond aux cellules fusiformes de la métastase hépatique.

Il s'agit donc d'un FIBROSARCOME DU PANCREAS AVEC METASTASES HEPATIQUES.

- Les suites opératoires immédiates étaient médiocres : malade anorectique, cachexique, faisant de temps à autre des poussées fébriles ce qui justifiait une antibiothérapie énergique. Les douleurs abdominales s'aggravaient dans leur violence si bien que nous avons été amenés à refaire un examen baryté de l'estomac qui a montré les mêmes anomalies que nous avons mentionnées ci-dessus.

- Puis, chose curieuse, les douleurs ont légèrement diminué, de même que la masse abdominale, ce qui était étonnant du fait du diagnostic histologique et de l'intervention exploratrice.

- Le malade voulant profiter de ce mieux, est rentré dans son pays où il décédait dans les premiers jours du mois de Juin 1963.

En conclusion :

Notre observation concernait un homme de 44 ans, sans antécédent pathologique. Cliniquement, le tableau était d miné par une tumeur volumineuse de la partie gauche de l'abdomen apparue dans un laps de temps relativement court. Cette masse s'accompagnait d'un état général très altéré.

- le cerclage radiologique de la tumeur, fait d'un élargissement du cadre duodénal, d'un refoulement de l'estomac vers le haut, d'une ascension du colon transverse vers le haut et d'une compression de l'uretère gauche, complétait l'impression de tumeur pancréatique.

- Sur le plan biologique, il fallait noter une anémie importante avec hyperleucocytose, une vitesse de sédimentation fortement accélérée, une hypoprotidémie globale et une hyperglycémie. Par contre pas de perturbations hépatiques, pas de signes pancréatiques.

- L'intervention avait un but explorateur et diagnostique. Elle permettait de faire une biopsie hépatique et une ponction de la tumeur pancréatique.

- L'examen histologique répondait : fibrosarcome du pancréas avec métastases hépatiques.

- Les suites devaient malheureusement confirmer ce diagnostic.

OBSERVATIONS RECENTES RECUEILLIES DANS LA LITTERATURE

En 1954, SORS et BOCQUET ont revu la littérature et ont pu dénombrer 21 cas de sarcomes entre 1931 et 1952.

Depuis lors, nous en avons trouvé 6 nouveaux dont voici le condensé :

OBS. N° 1 : DOLGOPOLOVA A.M. (1955) : Une forme kystique de S.D.P.

OBS. N° 2 : BERMAN J.K. (Nov. 1956) :

- Homme de 47 ans - diabète découvert en 1946 (glycémie à 1,50 °/°°).
- Exposition au tétrachlorure de carbone 6 à 8 mois avant l'apparition de la symptomatologie, fait d'un ictère de type rétentionnel (grosse vésicule) et de diarrhée, apparus environ 2 semaines avant l'admission à l'hôpital.
- Radiographie gastro-duodénale et lavement baryté normaux.
- Glycémie à 1,85 °/°°.
- Diagnostic pré-opératoire : ictère par carcinome du pancréas avec métastases du lobe gauche du foie (cliniquement surface bosselée)
- A l'intervention : -Tumeur dure de la tête du pancréas.
  -Pas de métastase hépatique évidente.
  -Une duodénopancréatectomie est faite.
  -La biopsie pancréatique objective un sarcome à cellules fusiformes.

3 - [illegible] DE LA LIBERATION

- Suites opératoires 1 an et 7 mois après l'intervention. Le malade vit toujours. Seul accident notable, une poussée hyperglycémique à 2,62 °/°° jugulée par l'insuline.

OBS. N° 3 : BOGETTI H. et COSENZO (1958)

- Homme de 52 ans se plaignant depuis 3 ans d'épigastralgies sans horaire précis et d'une altération croissante de l'état général avec amaigrissement important.
  Une laparotomie exploratrice ne montrait aucune lésion.
  Dans ses suites, apparition d'une masse épigastrique se différenciant à la percussion du tympanisme gastrique. Une radiographie gastro-duodénale montrait un élargissement du cadre duodénal.
- A l'intervention tumeur du corps du pancréas de 7 à 8 cm sans dissémination rétropéritonéale, ni dans les organes voisins, sans ganglions visibles.
- Biopsie de la tumeur : sarcome fibrocitaire.
- Un traitement radiothérapique améliore le malade pendant 1 mois. Une nouvelle intervention montre une extension rénale; une nouvelle biopsie confirme le diagnostic émis ci-dessus.
- Le malade décédait dans la cachexie.

OBS. N° 4 : ATUCHA J. (Déc. 1959)

- Le malade, un homme de 66 ans venant consulter pour tumeur de la partie gauche de l'épigastre : elle est fixe, non mobile, mate à la percussion, indolore. Radiologiquement on observe un estomac refoulé vers la droite au niveau de

- Autres opérations : un et 7 mois après l'intervention.

Le malade est toujours, sauf exception notable, une personne

[illegible] l'intervention.

CAS. N° 3 : [illegible] H. et [illegible]

- Nous ne [illegible] thermique [illegible]

[illegible] l'objet

[illegible]

[illegible]

[illegible] différemment à la personnalité [illegible]

[illegible]

- A l'intervention [illegible] de 7 à 8 ans sans [illegible] scarifications, sans [illegible].

- Depuis [illegible] : [illegible].

- Un traitement radiothérapique [illegible] malade pendant 1 mois. Une nouvelle intervention [illegible] enfant; une nouvelle biopsie [illegible] 4-4 mois.

- Le malade décédait deux [illegible].

CAS. N° 4 : [illegible] J. (Dée. 1939)

- Le malade, un homme de 66 ans [illegible] de la [illegible] : elle est [illegible], [illegible] un abcès profond, [illegible] [illegible]

la grande courbure. Diagnostic pré-opératoire : Tumeur splénique. A l'intervention tumeur de la queue du pancréas. Il n'y a pas de métastase ganglionnaire. Extraction d'une tumeur de 2,400 Kgs. L'examen histologique répond sarcome fibroblastique.

OBS. N° 5 : CLAY-HERAUD-DEMAILLE

- Homme de 59 ans se plaignant depuis 2 ans d'épigastralgies sans notion de périodicité. En Octobre 1957, à la suite d'une hématémèse un diagnostic cirrhose éthylique hypertrophique est porté. Il n'y a pas à ce moment là de lésions gastro-duodénales.
- Fin Novembre 1957 apparait une tuméfaction cervicale gauche avec modification de la voix qui devient aphone. L'examen clinique montre une hépatomégalie sans splénomégalie. Des adénopathies inguinales bilatérales, dures, petites, indolores. Une paralysie récurrentielle gauche. Une numération formule sanguine donne : 3.850.000 hématies, 9.600 leucocytes avec polynucléose à 83 %.
- Une ponction de la tumeur cervicale est faite.
- Une radiographie pulmonaire montre à côté d'opacités du sommet droit qui font penser à une bacillose fibro-caséeuse des opacités arrondies, bien limitées, sans réactions périfocales disséminées dans les deux champs pulmonaires, manifestement métastatiques. Le résultat de la biopsie cervicale montrait une prolifération d'origine conjonctive, d'aspect fusiforme à structure fasciculée faisant penser soit à un sarcome fibroblastique, soit à un schwannome malin.

- Ensuite apparaissait une métastase sous cutanée abdominale dont l'examen histologique confirmait les données précédentes et orientait vers un sarcome fibroblastique.
- Enfin le foie prenait une allure métastatique et le malade ne tardait pas à mourir fin Décembre 1957.
- L'autopsie permettait les prélèvements des organes atteints et une suite de nouveaux examens anatomo-pathologiques était pratiquée sur une masse polylobée occupant tout le pancréas.

La conclusion était : S.D.P. de type fibroblastique.

OBS. N° 6 : KETTUNEN (1962)

- Observait un homme de 36 ans, se plaignant de troubles dyspeptiques depuis 5 ans. Opéré en 1955 pour des coliques abdominales, on avait trouvé une masse rétropéritonéale fixée au pancréas et à l'aorte. Le diagnostic histologique fut : Fibrosarcome; et un traitement radiothérapique institué : dose tumeur 2814 R. en 17 jours associée à des transfusions sanguines du fait de l'anémie et d'hémorragie.
- Le malade fut transféré au Maria Hospital où l'examen clinique découvrait une masse abdominale sous le rebord costal gauche.
- Une radio gastro duodénale mettait en évidence une compression extrinsèque de la grande courbure gastrique.
- Les examens paracliniques montraient une V.S. à 28 mm à la première heure; du sang dans les selles.

- Une nouvelle série de radiothérapie (dose : 1722 R en 9 jours) était faite mais le malade ne tardait pas à mourir.
- L'autopsie objectivait une infiltration pancréatique avec métastases pulmonaires.

A l'histologie, cellules fusiformes et rondes, de taille et de forme variables avec occasionnellement des cellules géantes. Il s'agissait d'un Fibrosarcome du pancréas.

III - C I R C O N S T A N C E S D' A P P A R I T I O N

Si l'on confronte les observations que nous avons remarquées à l'ensemble de l'examen de la littérature, une série de conclusions s'impose.

1 - FREQUENCE

Affection très rare si l'on jette un regard sur quelques nombres éloquents.

- SEGRE (1888) sur 11 429 autopsies n'en trouve que 2.
- CHIARI (1883) 0 cas sur 10 000 autopsies.
- VON HALASZ (1908) 0 cas sur 7 850.
- GRUBER (1929) 0 cas sur 20 300.
- HOITZ (1949) 0 cas sur 11 000.

- Sur une étude statistique de la Clinique de l'Université de Chicago, entre 1927 et 1941, sur 275 000 malades, on aboutit à 3 cas de S.D.P.

- Dans le cadre des tumeurs malignes du pancréas, WALTER et CLEVELAND, passant en revue 185 tumeurs malignes du pancréas à la Mayo Clinique entre 1935 et 1939 ont rencontré seulement 1 cas de S.D.P.

- SAPHIR et VASS, sur 153 cancers du pancréas n'en trouve qu'un cas.

- SEGRE parle de 2 cas sur 132 cancers du pancréas.

2 - AGE

La maladie peut se manifester à tous les âges puisque :

- L'HUILLIER décrit un S.D.P. chez un nouveau-né.
- DEANE un chez un enfant de 6 mois.
- LITTEN chez un enfant de 4 ans.
- MALCOLM chez un enfant de 5 ans.
- BING chez un enfant de 3 ans et demi.
- FAWCETT chez un garçon de 19 ans.

Mais il se rencontre surtout à l'âge moyen de la vie comme le prouvent différentes statistiques :

- celle de MONDOR (1931) portant sur 18 cas :
  - au-dessous de 10 ans = 1 cas
  - de 10 à 20 ans = 0 cas
  - de 20 à 30 ans = 2 cas
  - de 30 à 40 ans = 2 cas
  - de 40 à 50 ans = 4 cas
  - de 50 à 60 ans = 5 cas
  - de 60 à 70 ans = 4 cas
- celle de SORS et BOCQUET (1954) portant sur 13 cas :
  - au-dessous de 30 ans = 3 cas
  - de 30 à 40 ans = 0 cas
  - de 40 à 50 ans = 1 cas
  - de 50 à 60 ans = 6 cas
  - de 60 à 70 ans = 1 cas
  - au-dessus de 70 ans = 2 cas

- L'HUILLIER décrit un S.D.F. chez un nouveau-né.
- DEAME va chez un enfant de 6 mois.
- [illegible] chez un enfant de 3 mois.
- [illegible] chez un enfant de 5 ans.
- BLIN chez un enfant de 3 ans et demi.
- LEMOINE chez un garçon de 19 ans.

Mais il ne rencontre surtout à l'âge voyu de la vie comme le

[illegible] :

- colle de MONNOR (1931) permet sur 18 ans :
  - [illegible]
  - [illegible]
  - de 20 à 30 ans [illegible]
  - [illegible]
  - de 40 à 50 ans [illegible]
  - [illegible]
  - de 60 à 70 ans [illegible]

- colle de BOHS et BOULET (1954) permet sur 13 ans :
  - [illegible]
  - [illegible]
  - [illegible]
  - [illegible]
  - [illegible]
  - [illegible]
  - [illegible]

- sur 6 cas que nous avons rassemblés :
  - de 30 à 40 ans = 2 cas
  - de 40 à 50 ans = 1 cas
  - de 50 à 60 ans = 2 cas
  - de 60 à 70 ans = 1 cas

Si l'on récapitule ces triples données, sur 37 cas :

- au-dessous de 30 ans = 6 cas
- de 30 à 40 ans = 4 cas
- de 40 à 50 ans = 6 cas
- de 50 à 60 ans = 13 cas
- de 60 à 70 ans = 6 cas
- au-dessus de 70 ans = 2 cas

Donc pic très net entre 50 et 60 ans.

3 - SEXE

Une nette prédominance masculine se dégage :

MONDOR sur 17 cas trouve ..... 11 hommes, 6 femmes.

SORS et BOCQUET sur 13 cas ..... 10 hommes, 3 femmes.

Sur nos quelques cas ..... 6 hommes, aucune femme.

Donc 75 % des cas concernent les hommes.

4 - SIEGE

Le siège de la tumeur est variable : elle peut occuper la totalité de la glande ou bien partiellement seulement.

- Pour MONDOR et COLL. sur 12 cas :
  - 5 siègent au niveau de la tête du pancréas
  - 5 au niveau de la queue
  - 2 occupent toute la glande.

- sur 6 cas que nous avons rassemblés :

- de 30 à 40 ans = 1 cas

- [illegible]

- de [illegible] = [illegible]

- [illegible] = [illegible]

Et l'on remarquera que tuyau normal, sur 37 cas :

- avec diamètre de 30 cas = 6 cas

- de 30 à 40 cas = 4 cas

- de 40 à 50 cas = 6 cas

- de 50 à 60 cas = 15 cas

- de 60 à 70 cas = 6 cas

- au-dessus de 70 cas = 2 cas

Donne plus forte note entre 50 et 60 cas.

7 - [illegible]

Une autre préoccupation marquante se dégage :

MINOR sur 17 cas verrons ..... 11 marins, 6 femmes.

Vues en PROGRES sur 15 cas ..... 10 hommes, 5 femmes.

sur [illegible] ..... [illegible]

Donne 75 % des cas concernant les femmes.

4 - [illegible]

Le stade de la douleur est variable : elle peut occuper la

totalité du [illegible] ou bien partiellement seulement.

- Pour MINOR et [illegible] sur 12 cas :

- 5 obligeant au [illegible] de la [illegible]

- 5 au milieu de la [illegible]

- 2 [illegible]

- Pour SORS et BOCQUET :
  - 5 occupent la tête
  - 2 la tête et le corps
  - 1 la totalité du pancréas.
- Sur nos cas :
  - 1 occupe la tête
  - 1 le corps
  - 1 la queue
  - 2 toute la glande.

Donc sur 25 cas, 7 occupent la tête du pancréas, 5 la totalité de la glande.

5 - TERRAIN

Malgré l'ignorance qui couvre l'étiologie du cancer, nous avons essayé de mettre en évidence quelques facteurs prédisposants.

- SORS et BOCQUET soulignent la fréquence des lésions préexistantes en particulier le kyste du pancréas.

- Pour OESTERLIN et BLUMENTHAL, une fibrose préexistante ferait le lit du sarcome.

- Pour notre part, nous soulignerons simplement le cas de BERMAN J.K. : diabète découvert 10 ans avant; exposition au tétrachlorure de carbone avant l'apparition des troubles.

IV - ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Nous envisagerons d'abord une étude macroscopique de la tumeur et des métastases, puis un essai de classification histologique de cette lésion.

1 - MACROSCOPIQUEMENT :

a) TUMEUR : l'aspect macroscopique ne prête guère à discussion : tumeur lisse, régulière, rénittente, parfois même fluctuante. Ailleurs, elle apparait dure et bombée. Elle est généralement de volume important refoulant les organes voisins qu'elle peut même ulcérer (STACK). La surface est parcourue de nombreux vaisseaux dilatés.

On distingue :

- Les formes massives totales (EHRLICH, LITTEN, LORRAIN, CLAY) où le pancréas est transformé en un bloc gris, dur, jaunâtre dont la tranche de section apparait bigarrée. La masse tumorale peut être informe ou conserver de façon grossière les grandes lignes de l'organe.

Un aspect encéphaloïde, gris rosé à centre souvent nécrosé et hémorragique, a été signalé.

L'architecture tumorale est variable : tantôt une capsule entoure la tumeur et on voit à l'intérieur de celle-ci des cloisons conjonctives que séparent des noyaux néoplasiques.

Dans ce cas les métastases seraient absentes. Tantôt, il existe une infiltration diffuse du pancréas, sans tendance au groupement,

[illegible]

[illegible]

véritable pancréas géant (LITTEN, LORRAIN, VON HALASZ, KETTUNEN). Pour FABIAN cette infiltration non déformante serait l'expression d'une lymphosarcomatose diffuse.

- Formes localisées : plus rares on en distingue deux types :

- la forme dite en amande (WEIL, de LIGNERIS), constituée par un nodule gris jaunâtre qui tranche sur le fond plus sombre de la glande.

- une forme nodulaire composée de plusieurs nodules disséminés dans le parenchyme pancréatique. Parfois un nodule est plus volumineux que les autres. Ceux-ci peuvent apparaître comme de véritables métastases intra-pancréatiques.

- Formes kystiques ou pseudokystiques : se rencontrent surtout dans les sarcomes fusocellulaires. Il peut s'agir d'une cavité unique, limitée par une coque mince, ou de plusieurs cavités donnant à la tumeur un aspect polykystique. Le contenu endocavitaire est brunâtre, hémorragique, mêlé souvent à des débris sphacéliques. La paroi interne peut être lisse (BOYD, SCOLA, MARXER, MONDOR) ou végétante, saignante (MARTENS, GROSS, SCHUELER). En fait ces différents aspects s'expliquent par une double théorie sur la génèse des pseudo kystes sarcomateux. Ils peuvent résulter d'une nécrobiose intra tumorale ou bien de la transformation sarcomateuse d'un kyste préexistant.

. La cavité de nécrose (GRANDCLAUDE, MARTENS, SCHULER, GROSS, GASSENBAUER) présente des parois irrégulières, épaissies, crevassées, formées de tissu pancréatique plus ou moins altéré. Les végétations endocavitaires sont abondantes et la cavité contient une

bouillie rougeâtre, hémorragique. On a invoqué le rôle des enzymes pancréatiques dans la génèse de ces nécroses centrales.

. FROWHEIN, SCOLA, MARXER, MONDOR, EHRLICH considèrent le pseudo-kyste sarcomateux comme le résultat de la dégénérescence de formations kystiques dont le caractère serait essentiellement bénin. Leur conviction repose sur l'étude des parois du kyste où l'on trouve une intrication de zônes lisses non dégénérées et de points de bourgeonnements sarcomateux.
A la périphérie du kyste on trouve toujours du tissu pancréatique normal refoulé.
On a signalé le cas d'un kyste hydatique secondairement sarcomateux (GRIGGS).

b) LES METASTASES : leur type histologique reproduit celui du cancer primitif. Cependant ROSS signale un aspect neurinomateux dans certaines métastases.
Les localisations ganglionnaires correspondent en règle aux sarcomes à cellules rondes. Elles ont été néanmoins signalées dans les observations de sarcomes à cellules fusiformes ou dans les réticulosarcomes (FEATHER, NATUCCI, BOLLI, CLAY).

2 - MICROSCOPIQUEMENT :
La classification des S.D.P. est très controversée. Si la majorité des auteurs sont d'accord pour admettre que le sarcome fusocellulaire est certainement d'origine pancréatique, par contre, nombre d'entre eux attribuent les autres formes histologiques à une origine rétropéritonéale ou inflammatoire.

Deux grands cadres dominent cette étude, les sarcomes de la lignée lymphoblastique et les sarcomes à cellules fusiformes. En fait la multiplicité des aspects typiques décrits en particulier depuis 20 ans montre bien la difficulté de classification.

a) Sarcome de la lignée lymphoblastique : est formé de cellules arrondies à noyaux volumineux et clairs. Les vaisseaux sont nombreux, normaux ou néoformés sans paroi propre.
Ce type de sarcome a donné lieu à de nombreuses discussions quant à son authenticité.
Pour MARXER, ce sarcome n'est pas né dans le pancréas mais dans les ganglions para-aortiques.
Cependant l'existence dans le pancréas de formations lymphoïdes peut expliquer la naissance d'une telle tumeur.
OBERLING et GUERIN, MONDOR et COLL rejettent les sarcomes lymphoblastiques et considèrent que, seuls, les sarcomes à cellules fusiformes doivent être considérés comme sarcomes du pancréas.
En 1933, GRANDCLAUDE en a dénombré 20 cas, alors que la majorité des auteurs actuels en trouve 2 cas.
OESTERLIN et BLUMENTHAL (1935) qui avaient passé sévèrement la littérature au crible pensaient que le lymphosarcome du pancréas s'intégrait en fait dans le cadre d'une lymphosarcomatose, d'un processus leucémique ou d'un lymphogranulome.
Sous le terme lymphosarcome du pancréas on peut distinguer 3 aspects :

- Le sarcome localisé au pancréas (DE LIGNERIS, SCHIROKOGOROFF) qui semble le seul véritable sarcome du type lymphoblastique mais qui peut secondairement diffuser au tractus digestif.

- Le sarcome qui touche le pancréas et les organes lymphatiques de la région (BING) et qui est le fait d'un processus issu des ganglions juxta-pancréatiques (GRANDCLAUDE).

- Enfin le sarcome avec invasion généralisée de l'appareil lymphatique dont la réalité est contestable. La plupart des observations de ce type et en particulier celle de WEILL ne sont pas des sarcomes mais le fait d'une lymphosarcomatose ou d'une lymphogranulomatose maligne (ZIEGLER).

b) Sarcome à cellules fusiformes : pour la majorité des auteurs seule cette forme appartient incontestablement au cadre flou des sarcomes du pancréas. Ils réalisent une prolifération conjonctive fusocellulaire : les cellules néoplasiques sont allongées en forme de faisceaux plus ou moins aigus tassés les uns contre les autres au point de se chevaucher parfois même par leur extrémité.

Le noyau unique ou multiple, ovoïde, très irrégulier, découpé présente fréquemment des figures de mitoses. La trame collagène est fort tenue quoique réelle. Les éléments cellulaires sont souvent groupés en faisceaux tourbillonnants dont le centre est occupé par un vaisseau normal ou néoformé sans paroi propre, directement au contact des éléments tumoraux. Le tissu pancréatique péritumoral, lorsqu'il persiste, est normal.

Cependant OESTERLIN souligne l'aspect fibreux du pancréas. L'origine de cette prolifération conjonctive a été diversement interprétée : soit charpente conjonctive de la glande, soit capsule du pancréas, soit tissu fibreux ou couche musculaire lisse (SCOLA) de la paroi d'un kyste préexistant.

Signalons que lorsque les tumeurs sarcomateuses se développent à partir d'un kyste préexistant, ce dernier perd en règle son revêtement épithélial.

Deux aspects macroscopiques sont le fait de ce type de sarcome : les tumeurs solides (WITZEL, NEVE, RUBINATO) les plus rares et les tumeurs kystiques (SCHUELER, FROWHEIN, EHRLICH, MONDOR et Coll., DOLGOPOLOVA).

Le diagnostic histologique qui se discute dans ce cadre est celui du schwannone pancréatique bénin. Un seul cas a été retrouvé par SORS et BOCQUET en 1954 dans la littérature (CORNIL, DE VERNEJOUL, GASTAUT, MURATOE). Quant au schwannome malin, la difficulté diagnostique est maxima mais n'a qu'un caractère nosologique.

c) A côté de ces 2 types histologiques précis, de nombreux auteurs ont parlé des types histologiques différents. Un groupe s'individualise, ce sont les :

- ANGIOSARCOMES dont il existe plusieurs types :

  - Type KRONLEIN : des formations vasculaires à parois minces, envahies par des cellules à gros noyaux et quelques cellules géantes parsement le tissu tumoral. Les formations cellulaires ont un aspect stellaire, alvéolaire ou cylindromateux et l'on peut noter quelques calcosphérites.

- Types EHRLICH : formé de cellules assez grandes à noyau unique associées à des cellules géantes et prenant une disposition alvéolaire dans un stroma fibrillaire fin, semé de nombreux vaisseaux. L'auteur fait de ce cas un endothéliome et en rapproche le cas de TANGRE.

- Type LUBARSCH : rapporté par DIECKHOFF formé d'éléments cellulaires de taille inégale, répartis en lobules, tourbillon à disposition alvéolaire au sein d'un riche stroma conjonctif vasculaire.

- Type GRANDCLAUDE : tumeur kystique du pancréas dont les cellules néoplasiques sont orientées dans leur différenciation les uns vers le type endothélial vasculaire, les autres vers le type musculaire lisse. Certaines zônes ont un aspect strictement angiomateux. L'auteur désigné cette tumeur sous le nom d'angioléiomyosarcome.

- A côté de ces aspects encore bien différenciés il faut signaler des sarcomes à cellules géantes (VAN RYSSE), à cellules mixtes et polymorphes (KAKELS, VON HALASZ), des épithéliosarcomes (ROSS, NARDI), des réticulosarcomes (FAETHER et BOLLI). Ces différents aspects s'expliquent si l'on veut bien prendre en considération la potentialité morphologique des sarcomes fibro-cellulaires : le fibroblaste présente un polymorphisme d'adaptation qui lui permet de s'orienter aussi bien vers des éléments angiosarcomateux que des formations léiomyomateuses. Cette considération permet d'expliquer dans une certaine mesure le polymorphisme histologique observé par tous les auteurs.

- Ellis (1958) : [illegible] [illegible]

- Ellis (1958) : [illegible] [illegible]

- Ellis (1958) : [illegible] [illegible]

V - E T U D E C L I N I Q U E

L'ensemble des auteurs insistent sur l'extrême polymorphisme clinique.

Le début de l'affection est très variable. Souvent ce sont des signes digestifs précoces qui inaugurent l'histoire clinique : épigastralgies sans rythme, ni périodicité, qui croissent en durée et en intensité devenant sourdes avec tension continue au niveau de l'épigastre faisant passer en revue toute la pathologie gastrique. Parfois ce sont des troubles dyspeptiques qui s'accompagnent d'anorexie, d'état nauséeux, de troubles du transit, retentissant rapidement sur l'état général du malade par l'importance de l'amaigrissement qu'ils entrainent.

Parfois la symptomatologie se clarifie et oriente vers le pancréas ce qui permet d'individualiser.

- Une forme douloureuse de S.D.P. (40 à 85 % des tumeurs du pancréas pour WALTER et SNELL).

- Soit de douleurs sourdes "viscéralgies" à irradiations dorsales et en ceinture vers les 2 hypocondres.

- Soit de crises paroxystiques post prandiales, extrêmement douloureuses, véritables crises solaires qui se voient souvent dans les sarcomes du corps pancréatique.

- Une forme tumorale, apanage fréquent des sarcomes de la queue ou de la totalité de la glande.

V - LE CHIEN

L'auteur de la nature humaine est l'extrême rigueur...

- Une forme ictérique, rare, à type d'ictère rétentionnel (grosse vésicule) mentionnée par PAPE, OESTERLIN, SORS et BOCQUET, BERMAN.

- Une forme fébrile avec parfois température oscillante élevée s'accompagnant de douleurs évoquant soit une pancréatite infectieuse (GASNE) soit une cholécystite aigue (VAN DAMME). STARK signale enfin une forme à début brutal avec douleurs intenses, contracture abdominale imposant l'intervention d'urgence. Quoi qu'il en soit la symptomatologie va rapidement s'enrichir et dans de nombreux cas, le tableau clinique évoque aisément la néoformation pancréatique.

Alors que les troubles digestifs et un amaigrissement important s'installent, persistent ou s'accentuent, la tumeur devient l'élément essentiel de la symptomatologie : elle peut présenter tous les aspects :

- Siège dans la région péri-ombilicale avec extension prédominante à gauche.

- Volume variable, tantôt minime de la taille d'un oeuf de poule, tantôt impressionnant allant du rebord costal jusqu'à l'épine iliaque, comblant l'épigastre et l'hypocondre, déterminant une voussure visible des régions médianes et latérales de l'abdomen (observation personnelle).

- La consistance est variable : tantôt dure, tantôt élastique voire même fluctuante. Elle évoque alors le kyste du pancréas, nous y reviendrons.

- Les contours sont arrondis le plus souvent.

- La surface est soit lisse et régulière, soit irrégulière, polylobée.

- Elle est indépendante du foie et de la rate, ne garde pas le contact lombaire.

- Certaines tumeurs augmentent rapidement de volume, d'autres au contraire croissent lentement. Si la tumeur peut constituer l'élément unique du tableau clinique, le plus souvent se surajoutent d'autres manifestations objectivées par l'examen clinique.

Ainsi l'ascite est souvent retrouvée, toujours abondante mais d'aspect très variable : claire (VILLARD et STEFANI), lactescente (RUBINATO), hydatiforme (BRIGGS).

Rappelons l'ictère de type rétentionnel et la contracture abdominale (STARK, VILLARAN).

VI - ETUDE RADIOLOGIQUE

L'exploration radiologique des tumeurs pancréatiques a été précisée par les travaux de BRULÉ, BUSY, GUTMANN, SCHWARTZ, MIRIZZI et d'ESSAU. Le Cerclage radiologique de la tumeur fournit des signes indirects, fonction de son siège :

1 - Sarcome de la tête :

- Elargissement du cadre duodénal.

- Refoulement en haut et à gauche du bulbe dont le remplissage est défectueux.

- Absence de netteté des plis de la muqueuse.

- Diminution mais non disparition du péristaltisme.

- Plus inconstamment et fonction du degré évolutif de la tumeur on note :

Un aspect flou de la région pylorique.

Une image lacunaire de l'antre mais cette image est variable, le péristaltisme est conservé ce qui élimine le cancer gastrique.

2 - Sarcome du corps pancréatique :

donne des images radiologiques qui varient en fonction de l'orientation extensive de la tumeur.

- Tumeur se développant entre le foie et la petite courbure gastrique. L'estomac est refoulé en bas et à gauche ptosé, allongé, dominant l'image en "sablier" (MIRIZZI, BRULE et BUZY), amputation complète de la région mésogastrique (MONDOR et Coll.). Le colon transverse est abaissé en bas et à gauche.

VI - BILAN RADIOLOGIQUE

L'apport [illegible] (MERIAUX, BRUNE et BUSI), [illegible] (MONNOT et VOLL.). Le calcul [illegible].

- Tumeur à développement gastro-colique :

- Refoulement gastrique en haut et à droite plus ou moins.

- Une convexité de la petite courbure, une encoche de la grande courbure avec conservation des plis.

- Ces dernières modifications sont en outre inconstantes et variables, ce qui permet d'éliminer une lésion gastrique.

VII - REMARQUES BIOLOGIQUES

Il n'y a évidemment aucun signe biologique spécifique du S.D.P. Il nous faut cependant signaler :

- La fréquence d'une anémie avec hyperleucocytose et polynucléose neutrophile (KETTUNEN, CAS PERSONNEL).

- L'absence d'insuffisance pancréatique externe (seul SCHOELER en 1899 en a constaté une).

- Surtout la très grande fréquence d'accompagnement de l'hyperglycémie (KETTUNEN, SORS et BOCQUET, cas personnel) et même de diabète confirmé (OESTERLIN, ROSS, DIXON, BERMAN). Les manifestations d'hyperglycémie sont en général bien tolérées, les diabètes ne sont pas instables.

En aucun cas nous n'avons trouvé de signes biologiques ou cliniques liés à une hypoglycémie.

Il convient de tenir compte de ce fait dans la discussion diagnostique avec l'épithélioma pancréatique qui se manifeste peu sous forme diabétique et plus fréquemment par des accidents hypoglycémiques.

CII - [illegible] BIOLOGIQUES

VIII - E V O L U T I O N

L'évolution est en général très rapide, spontanément, plus brève que celle des épithéliomas. Cependant si la durée de survie du cas de RUBINATO fut de 3 mois, il est des formes prolongées (VILLARAN, GREGOIRE), 6 ans dans le cas de BARTLEY. La tumeur prend un volume considérable si l'opération n'a pas été décidée, l'état général s'altère.

Des métastases peuvent apparaître au cours de cette évolution, peu fréquentes dans les sarcomes fusocellulaires typiques, elles sont retrouvées à l'autopsie des formes à cellules rondes. Leur localisation est des plus variables : foie (observation personnelle) poumons, péritoine, peau).

L'observation de ROSS montre bien la diversité de la topographie des métastases.

Ces métastases peuvent être la première manifestation d'un S.D.P. Une tumeur au 3ème espace intercostal fut le premier signe de NATUCCI. Une paraplégie flasque inaugura l'histoire clinique de l'observation de JACCHIA.

VIII - CONCLUSION

IX - TRAITEMENT - PRONOSTIC

La thérapeutique a souvent peu d'efficacité du fait du diagnostic tardif et du mauvais état général du malade.

1 - La Chirurgie utilise deux méthodes :

- Un mot simplement sur la MARSUPIALISATION qui n'a été utilisée que dans la forme kystique de la maladie (FROWHEIN, VILLARD, STEFANI et MONDOR). Elle ne donne qu'une survie très courte (maximum de 3 mois et demi dans le cas de FROWHEIN).

- Par contre la DUODENOPANCREATECTOMIE TOTALE a permis quelques survies assez longues pour être considérée comme la seule méthode intéressante. Par ce procédé,

FEATHER et KUHN (1951) ont une survie de 16 mois.

VAN DAMME (1951) obtient aussi une survie de 8 mois.

BERMAN (1956) une survie de 1 an et 7 mois.

PRIESTLEY et COLL., WHIPPLE et COLL., DIXON (1946) utilisant cette technique ont obtenu des survies supérieures à 12 mois. En fait, la duodénopancréatectomie est une intervention choquante sur un malade à l'état général très altéré, et se heurte aux difficultés opératoires, constituées par les adhérences et le risque hémorragique éventuel et l'on peut dire avec MONDOR qu'elle donne une survie variant entre quelques jours et six mois.

2 - Quant à la Radiothérapie qui à priori pourrait être efficace sur une lésion sarcomateuse, elle fut utilisée pour la première fois en 1925 par MARXER qui a dû l'abandonner rapidement.

Récemment BOGETTI (1958) a associé cette méthode à la chirurgie sans grand succès. En 1962, KETTUNEN utilise la radiothérapie seule en 2 cures discontinues : première dose tumeur 2184 R en 17 jours; seconde dose tumeur 1722 R en 9 jours. Dans ces cas, après une courte amélioration le traitement devait être suspendu du fait du mauvais état général et de l'anémie et le malade décédait rapidement.

3 - Signalons que jusqu'alors, aucun essai chimiothérapique n'a été fait.

Le Pronostic est donc très sombre dans la grande majorité des cas. Seule la duodénopancréatectomie totale laisse quelque espoir malgré les difficultés opératoires et le diabète qui en résulte et qui pose des problèmes de rééquilibration.

X - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous n'envisagerons certainement pas tous les problèmes diagnostiques que posent une masse de l'hypocondre gauche.

- Cliniquement, cependant, il n'est pas sans intérêt de différencier le kyste du pancréas du S.D.P. Le critère majeur est celui de la rapidité évolutive et de l'importance de l'altération de l'état général qui accompagne le S.D.P. En fait il ne faut pas oublier que pour certains , le kyste du pancréas fait le lit du cancer. Par ailleurs, on connait la fréquence des formes kystiques de S.D.P. si bien que parfois le diagnostic ne se fera qu'à ventre ouvert.

- Le second problème est celui des critères de différenciation entre S.D.P. et épithélioma.

CONSTANTINI insistait en faveur du S.D.P. sur :

- les troubles digestifs plus précoces.
- une tumeur plus volumineuse, moins irrégulière.
- les adénopathies moins fréquentes.
- la rareté des métastases.
- l'ascite plus abondante.

Nous y ajouterons le caractère hyperglycémiant du S.D.P.
En réalité le Diagnostic de certitude se fera la plupart du temps sous le microscope.

K - [illegible]

XI - C O N C L U S I O N S

I - Nous avons eu l'occasion d'observer un fibrosarcome du pancréas avec métastases hépatiques. Il s'agissait cliniquement d'une forme tumorale et histologiquement d'un sarcome à cellules fusiformes.
Le diagnostic préopératoire de tumeur pancréatique avait été posé. L'intervention a montré quelle en était la nature.

II - A ce propos nous avons rassemblé les observations parues dans la littérature depuis la synthèse faite par SORS et BOCQUET en 1954.

III - Ce travail a été justifié par l'extrême rareté des sarcomes primitifs du pancréas puisqu'actuellement nous atteignons à peine 80 cas publiés, ce qui représente entre 0,50 % et 1,40 % des lésions malignes du pancréas.

IV - Les quelques cas que nous avons rassemblés, confrontés avec l'analyse des cas rapportés dans la littérature, nous a permis de faire quelques remarques sur les circonstances d'apparition de la maladie :

1 - Le S.D.P. présente un pic de fréquence entre 50 et 60 ans (35 % des cas).

2 - Il atteint l'homme dans une proportion de 75 %.

XI - C O N C L U S I O N

1 - Nous avons [illegible] <u>[illegible]</u>

<u>[illegible]</u>. Il s'agissait [illegible] d'une [illegible]

forme [illegible] [illegible] [illegible]

3 - Il siège le plus souvent au niveau de la tête du pancréas, puis en second lieu occupe la totalité de la glande.

4 - Quant au terrain, l'étude de notre observation n'apporte pas d'élément supplémentaire aux documents classiques qui invoquent comme causes prédisposantes tour à tour : fibrose, kyste du pancréas, diabète, intoxication professionnelle.

V - La classification histologique des sarcomes primitifs du pancréas est épineuse.

- Les controverses sont nombreuses au sujet des lympho sarcomes primitifs dont certains auteurs nient l'existence.

- Seuls les sarcomes fusocellulaires font l'unanimité. Ils sont considérés par tous comme de vrais S.D.P. Notre observation personnelle ainsi que les 6 autres rassemblées entre 1952 et 1966 appartiennent à ce type.

- En dehors de ce cadre, les rares autres aspects histologiques ne peuvent faire l'objet d'une classification.

VI - Sur le plan clinique, l'affection se souligne par son extrême polymorphisme mais tôt ou tard l'apparition d'une tumeur de l'épigastre et de l'hypocondre gauche dominera le tableau et orientera les investigations paracliniques. Tel fut le cas de notre observation personnelle.

VII - Le cerclage radiologique de la masse abdominale vient le plus souvent confirmer l'impression clinique de tumeur pancréatique.

Les signes radiologiques indirects sont fonction des axes d'expansion tumorale.

En conclusion l'exploration radiologique constitue le fondement essentiel du diagnostic.

VIII - Il ne faut pas compter sur les signes biologiques pour assurer le diagnostic: il n'y a pas de signe d'insuffisance pancréatique externe. Cependant nous avons été frappé par la tendance hyperglycémiante des S.D.P. Dans tous les cas où la glycémie a été demandée, elle est ou bien augmentée (KETTUNEN, SORS et BOCQUET, cas personnel) ou bien intégrée dans un diabète confirmé (OESTERLIN, DIXON, ROSS, BERMAN). En l'absence de glycémie, l'examen attentif de la littérature ne nous a jamais montré de manifestations cliniques d'hypoglycémie.

IX - L'évolution du S.D.P. est extrêmement rapide ce qui implique la rareté des métastases.

X - Le traitement est essentiellement chirurgical.

- La duodénopancréatectomie totale a permis quelques rares cas de survie supérieure à 1 an mais elle se heurte le plus souvent au mauvais état général du malade et aux difficultés opératoires. Elle se solde en outre par un diabète post-opératoire qu'il faudra rééquilibrer.
- Nous mentionnerons la marsupialisation dont l'indication est la forme kystique des S.D.P. Elle n'entraine qu'une très courte survie.

- Quant à la radiothérapie, les essais récents (KETTUNEN, BOGETTI) sous formes de cures discontinues ont dû être abandonnés du fait de l'anémie et de la dénutrition.

- Aucun essai chimiothérapique n'a été fait jusqu'à présent.

XI - Sur le plan du diagnostic des tumeurs pancréatiques, quelques caractères nous paraissent mériter d'être retenus pour différencier le S.D.P. de l'épithélioma.

- le caractère tardif des troubles digestifs.
- le volume de la tumeur.
- la rareté des métastases.
- la rapidité évolutive, et la tendance hyperglycémiante du S.D.P. Certes il ne s'agit là que de nuances et, en fait, le diagnostic ne peut être affirmé que par l'histologie.

VU, le Président,

M. le Professeur LEMAIRE

VU, le Doyen,

M. le Professeur BROUET

VU, le Recteur,

M. ROCHE

- Aucun essai clinicothérapique n'a été fait jusqu'à présent.

XI - Les [illegible] nous paraissent mériter d'être retenus pour établi-
que ce[illegible]ons nous paraissent mériter d'être retenus pour établi-
[illegible] le S.I.D. ou l'[illegible].

- Le contrôle exact des troubles digestifs,
- Le volume de la tumeur,
- Le rythme des mictions,
- La rapidité évolutive, et la fréquence hypertrophiante
du S.D.P. Certes il ne s'agit là que de mesures et, en fait, le
diagnostic ne peut être affirmé que par l'histologie.

M. le Professeur HERMANN M. le Professeur PROUST

M. le Docteur

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

ATUCHA J. - S.D.P. (1) Arch. mal. app. dig. Déc. 1959 - 48 N° 12 p. 1729-1731.

BAUDELIER - Essai de casuistique sur les tumeurs du pancréas. Thèse de GREISFWALD 1896.

BARTLEY - Proc. of M.Y. Anat. and Surgery Soc. 11, p. 495, 21 Nov. 1928.

BARTLEY - Proc. of M.Y. Anat. and Surgery Soc. 11, p. 495, 1880.

BERMANN J.K. - S.D.P. A.M.A. Arch. Surg. Nov. 1956-73-N° 5 p. 894-896.

BING cin Fall Von - Lymphosarkom in Kindesalter arch. F. Kinderhelk.

BOGETTI et COSENZO - Prensa Med. Arg. 1958,45, N° 42-44, 1906.

BOLLI C. - Réticulo sarcome primitif du pancréas. Lav. d'Ist. aut. e Istopat. Perugia, 155-168, 1946.

BORTOLOZZI - Contribution à l'étude du sarcome primitif du pancréas. Giornale Med. Dell' Alto Adiga - t XII p. 868, Nov. 1933.

BOYD - S.D.P. Journ. Am. Med. Ass. p. 146 Mai 1901.

BRIGGS - Tumeur du pancréas St Louis Medical and Congery Journal t. 58, p. 154, 1890.

---

(1) S.D.P. = Sarcome du pancréas.

BRULE et BUSY - Cancer du pancréas à forme cachectique pure. Bull. et mémoire de la Soc. médicale des Hôpitaux N° 20, 1931.

CAVAZZANI - Etude Ana. Path. de 2 S.D.P. Giorno Veneto di. Sc Med. 10, p. 725-42, Nov. 1936.

CORNIL, de VERNEJOUL, GASTAUT, MURATOE - Schwannome du pancréas. Presse Médicale N° 51, p. 605, 1948.

CLAY-HERAUD-DEMAILLE-S.D.P. Arch. Mal. App. Dig. Juil. Août 1960, 49, N° 78, p. 1007-1011.

CONSTANTINI - S.D.P. Clin. Médi. Ital. p. 740-750, Milan 1911.

CROOK - Sarcome secondaire du pancréas à l'origine d'un ictère chez un enfant. Lancet I, p. 973, 1925.

DE BUSSCHER - Acts gastro enterologica Belgica, 166 supp. Juin 1948.

DOLGOPOLOVA F. Kystique de S.D.P. Khir. 1955, N° 5, p. 83-85.

DIVAVIN et ARSHINOVA - Cysto endothéliome malin du pancréas. Novy Khir. Arkhiv. 34, 198-201, 1935.

EICHLER P. - Ein Fall Von Congenitalem lymphosarkom du pancréas. Frankfurt Ztschn. Path. 36, 326-333, 1928.

EHRLICH - Essai de casuistique sur les tumeurs du pancréas. Munch. Méd. Wochen Sc. N° 9, p. 388, 1903.

FALOZZI - Sur 1 cas de lymphosarcome primitif du pancréas. Giorn. Ass. Napoli Med. et Nat. 14, 1902.

Glorx. [illegible] Med. [illegible]. 14, 1934.

FALOSNI - Sur l'[illegible] de Lymphosarcome [illegible] du [illegible].

Munch. Med. W[illegible] 36. N° 3), p. 784, 1901.

PUSTICH - Usage [illegible] de cauterisation [illegible] tumeurs du pancréas.

Русский Врач. [illegible]. 34, №6-7), 1928.

RICHTER P. - Ein Fall von [illegible] Lymphosarkom [illegible].

Nowy Khir. [illegible]. 74, 1904-2[illegible]. [illegible] 35.

SIVAVIN et ALSHINOVA - Cysto cavernomes multiples du pancréas [illegible].

[illegible] SUSSMANN - Acute [illegible] pancreatic necrosis, 146 cases. [illegible] 1948.

DICHOPOLOVA P. [illegible] de S.D.P. [illegible]. 1955, [illegible], p. 83-[illegible].

[illegible] - [illegible] Med. [illegible]. 750-750, [illegible] 411.

[illegible] - S[illegible] tumeurs du [illegible] [illegible] [illegible] portes [illegible] [illegible] [illegible] noeuds], p. [illegible] 1[illegible].

[illegible]-[illegible]. Arch. [illegible]. [illegible]. vol. [illegible] 1[illegible] 59, [illegible] 16, p. [illegible]-1011.

[illegible] [illegible], Sc. [illegible], MCCALDB - [illegible] du pancréas [illegible] [illegible], p. 60, 1948.

[illegible], Mo. [illegible]. [illegible]-[illegible], Mar, 1[illegible].

[illegible]ZAMP - [illegible], 2 [illegible]. [illegible] [illegible] 8. So [illegible], 1[illegible]. [illegible]-[illegible], Mar, 1[illegible].

FAWCETT - S.D.P. associé à une pseudo lipémie. Lancet Mai 1904.

FEATHER et KUHN - Pancréatectomie totale pour S.D.P. Ann. of Surg. Philadelphie 1934, p. 904-912, Nov. 1951.

FEINBERG S.B., MARGULIS A.R. and LOBER P. - Roentgenfindings in leiomyosarcoma of the pancreas Minnesota med. 40, 505, Juillet 1957.

FLETCHER - Etude clinique sur les S.D.P. clin. J. Lond. 45, p. 413-417, 1916.

FROHWEIN - Un cas de S.D.P. Thèse de GIESEN 1897.

GASNE - Contribution à l'étude des S.D.P. Thèse Paris 1935, N° 249.

GOLDSTEIN - S.D.P. Am. J. of Surg. 36, p. 23-29, 1922.

GOMBKOTO - S.D.P. - Beitr. Klin. Ch. T 173, 1942.

GRANDCLAUDE - S.D.P. Ann. d'Ana. Path. 10, p. 861, 1933.

GRUBER - S.D.P. in Henke Lubarsch t. 5 (2), p. 537, 1929.

GUCLIELMIN - S.D.P. Gazz. internaz. Med. Chir. 47, p. 333-337, 1937.

HALASZ (Von) - Un cas de S.D.P. Weinn Med. Wochense 21, p.1807-1812, 1908.

ISHAN - Sarc. enchondrome du pancréas. The Clinic T 10, p. 21, 1876.

JACCHIA - Policlinico (Sez. Med.) 44, 240-262, 1937.

[illegible] - S.[illegible]P. [illegible] pseudo [illegible]. Lancet Mai 1904.

FRASER et KLEIN - Tumor [illegible] S.C.E.

Ann. of Surg. Phil. [illegible], p. [illegible], Nov. [illegible].

[illegible] D. [illegible] Roentgenfilming [illegible] of the pancreas Intermedia [illegible] 40, [illegible] 1957.

FLETCHER - [illegible] S.L.P. [illegible] J. Loan. 45, [illegible].

[illegible] - Un cas de S.L.P. [illegible].

[illegible] - Contribution à l'étude des S.L.P. [illegible] 1935, N° [illegible].

GOLDZIEHER - [illegible] P. [illegible] 3[illegible], [illegible] 3-29, [illegible].

GOMBETTO - [illegible] P. - Beitr. Klin. Ch. [illegible], 1942.

[illegible] - S.L.P. Ann. [illegible] Path. 10, p. [illegible], 19[illegible].

GRUBER - S.L.P. in Henke Lubarsch t. 5 (2), p. 537, 1929.

[illegible] - S.D.P. [illegible] interesz. Med. [illegible] 47, p. 333-35[illegible]. [illegible]57.

[illegible] (Von) - Un cas [illegible] S.L.P. [illegible] Med. Wochense [illegible], p.[illegible] [illegible]90[illegible].

[illegible] - [illegible] chondrome du pancréas. [illegible] Clinic [illegible].

[illegible] - [illegible] (Sez. M[illegible]) 14, 240-262, [illegible].

KAKELS - Contribution à l'étude du S. primitif de la queue du pancréas. An. Journ. of the med. Sciences, T. 123, p. 71, 1902.

KETTUNEN K. - New-York State J. Med. 1er Déc. 1962, 62, N° 23, p. 3814-3816.

KORTE - Extirpation d'une tumeur du pancréas. Deutsche der Med. Woch. T 35, N° 49, p. 2145, 1909.

LEGRAND - S.D.P. la clinique 27, p. 809-811, 1913.

L'HUILLIER - Sur 1 cas de sarcome congénital du pancréas. Wirch. Arch. of Path. Anat. and Physiol. 178, p. 507, 1904.

LITTEN - S.D.P. Deutsche Med. Woch., p. 911, 1888.

MALCOLM - Extirpation d'une tumeur sarcomateuse de la queue du pancréas chez un enfant de 4 ans. Lancet p. 587, 1902.

MALHERBE - Tumeur duodénopancréatique lymphosarcomateuse. Bull. Soc. An. de Nantes 1880 cité par DE LIGNERIS.

MARXER - S.D.P. Arch. F. Klin. Chir. t. 135, p. 606, 1925.

MONDOR, GAUTHIER, VILLARS, SICARD - S.D.P. Presse Méd. N° 60, p. 1201, 1933.

NARDI - Etude du métabolisme basal dans un cas de leiomyosarcome du pancréas. New England Jour. of Med. 247, p. 548-550, 1952.

NATUCCI - Sarcome à cellules fusiformes. Giorn. Venetodi Sc. Med. 13, p. 628-638, 1939.

NEVE - S.D.P. Lancet 19, Septembre 1891.

OBERLING et GUERIN - Cancer du pancréas 1931.

OESTERLIN et BLUMENTHAL - Sarcones à cellules fusiformes. An. J.M. Sciences 189, p. 784-788, 1935.

OLIARI - Sur un cas de tumeur primitive du pancréas. La Clinica Chir. N° 12, 1912.

PAOLETTI PERINI - Sur la pathologie des sarcomes primitifs du pancréas. Arch. de Vecchi 3, p. 777-801, 1942.

PAULICKI S. de la tête du pancréas. Allgem-med. Zentral Zeit. p. 780, 1868.

PICCOLI - Sur les S.D.P. Beith. Path. Anat. 22, p. 105, 1897.

RIZSEL - S.D.P. Nederl. Tydsch Gunesch cité par Kungermann.

ROSS - Leiomyosarcome du pancréas. British Journal of Surgery 1951.

ROSSI - S.D.P. 16ème Congrès ital. Chir. Rome 1902.

ROSSLE - Sarcome de la tête du pancréas. Beitr. Z. Path. Anat. allg. Path. 69, p. 183, 1921.

RAVENNA - Contribution à l'étude des S.D.P. Policlin. Rome t. 14, p. 166-178, 1909.

SALIH - Lymphosark primitif du pancréas. Zentralbl. T. Chir. 61, p. 909-912, 1934.

SCHIROKOHOROFF - Sarcome primitif du pancréas.
Virch. Arch. F. Ana. Path. 143, p. 395-406, 1908.

SCHUELER - 1 cas de S.D.P. thèse Geisfwald 1894.

SCOLA - De la dégénérescende des kystes du pancréas.
Thèse de Groisfwald 1902.

SHEUEN - Succesful renoval of sarcon from the head of Pancréas
p. 1491, 1911.

SHOEMAKER - S.D.P. Southwestern. Med. 25, p. 241 - 250, 1941.

SORS et BOCQUET L. - Tumeurs du pancréas à cellules fusiformes.
Arch. Anat. Path. 1954, 30, N° 2, p. 81.

TAKAMATSU - S.D.P. Germ. 32, p. 325-335, 1938.

TCHEREPNINA - 1 cas des S.D.P..Zentralbl. F. all. Path. U. Anat.
path. p. 50-52, 1930.

VANDAMME - Carcinosarcome Acta Gastro enterologica Belgica.
p. 106 Ferr. 1951.

VILLARAN et TAMANO - Fibrosarcome pédiculé de la queue du pancréas,
An. Chir. Quir. 1, p. 17-31, 1939.

VILLARD et AUBERTIN - Sur 1 cas de S.D.P. J. de médecine de
Bordeaux t. 52, p. 615, 1922.

VILLARD et STEFAN I - Enorme sarcome polykystique du pancréas.
Lyon Chir. p. 815, 1909.

WEILL - S.D.P. Prager med. Woch. N° 14, p. 563, 1905.

ZAGARI - Sur 1 cas de S.D.P. Tommasi napoli 7, p. 273-278, 1912.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
HISTORIQUE	2-3
OBSERVATIONS	4 à 14
CIRCONSTANCES D'APPARITION	15 à 28
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	19 à 25
ETUDE CLINIQUE	26 à 28
ETUDE RADIOLOGIQUE	29 à 30
REMARQUES BIOLOGIQUES	31
EVOLUTION	32
TRAITEMENT PRONOSTIC	33-34
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	35
CONCLUSIONS	36 à 39
BIBLIOGRAPHIE	40 à 45